

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛЧЕОТТОКА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ*А. Ф. Бикмухаметов**Кафедра общей и неотложной хирургии (зав. – доц. Р.Ш. Шаймарданов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) встречается у 10% жителей планеты [1, 14, 23]. Рубцовые стенозы большого соска двенадцатиперстной кишки (БСДК) и холедохолитиаз являются основной причиной нарушения пассажа желчи и панкреатического сока у 15–20% больных ЖКБ [3, 7, 44, 45]. Если в начале 60-х годов холедохолитиаз встречался у 6 – 7% больных с ЖКБ, то в конце 70-х – в 20–30% случаев и имеет тенденцию к росту [7, 45]. К одним из основных методов лечения больных с данной патологией относится рассечение БСДК хирургическим и эндоскопическим способами [3, 14, 18].

До внедрения эндоскопических методов основными видами вмешательств для коррекции желчеоттока при доброкачественных поражениях терминального отдела холедоха (ТОХ) и БСДК являлись хирургические. Наложение холедоходуоденального соустья, хотя и обеспечивает хороший желчеотток при обструкции на уровне БСДК, однако нарушения оттока из поджелудочной железы не устраняет, что приводит к развитию панкреатита и сопровождается возникновением синдрома “слепого мешка”. Поэтому папиллосфинктеротомия (ПСТ) считается основным оперативным вмешательством на БСДК при его непроходимости (холедохолитиаз, стеноз БСДК, хронический папиллит) [7, 23]. Вместе с тем следует отметить, что коррекция желчеоттока при этом осуществляется только из лапаротомного доступа – необходимы холедохотомия и вскрытие просвета двенадцатиперстной кишки. Это увеличивает объем, травматичность и время оперативного вмешательства, а также сроки послеоперационного периода и стоимость лечения.

С введением эндоскопических методов коррекции желчеоттока изменились традиционно устоявшиеся взгляды на тактику оперативного лечения больных с ЖКБ. В настоящее время широкое распространение получил метод эндоскопического рассечения БСДК. Преимущества малоинвазивных эндоскопических вмешательств общепризнаны, и в настоящее время они являются ведущими в хирургическом лечении доброкачественных заболеваний БСДК и терминальной части общего желчного протока (ОЖП) [20, 29, 31, 39]. Впервые ЭПСТ выполнили в 1974 г. M. Classen и L. Demling в Германии, а также независимо от них K. Kawai в Японии [29, 35]. В нашей стране о первой эндоскопической операции на БСДК сообщили переехавший в Москву казанский хирург Д.Ф. Благовидов и соавт. в 1976 г. [5]. По мере накопления опыта и совершенствования метода показания к ЭПСТ расширялись, обозначился выбор того или иного способа кор-

рекции желчеоттока в зависимости от характера патологии [4, 17]. В настоящее время показания и противопоказания к ЭПСТ в целом достаточно определены. К основным показаниям относятся: 1) ущемленный камень в БСДК и холедохолитиаз; 2) стриктура БСДК; 3) сочетание холедохолитиаза и стеноза; 4) билиарный панкреатит; 5) острый обструктивный холангит; 6) синдром “слепого мешка” [14, 17, 23, 44].

ЭПСТ с удалением конкрементов из ОЖП и последующая лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) являются наиболее распространенной тактикой лечения холедохолитиаза [3, 12, 45]. По материалам II Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии (Москва, 1997) следует, что этот принцип считается ведущим в нашей стране [13]. Успешная ЭПСТ с удалением конкрементов корзинкой Dormia возможна у 75–90% больных [9, 12, 40]. Для облегчения литоэкстракции предлагается использовать механическую литотрипсию, которая позволяет в 90–97% случаев добиваться успеха [9, 33]. Для литоэкстракции применяются различные подходы. Существуют методы удаления камней во время интраоперационной или чресфистульной холедохоскопии [14, 49]. Наиболее перспективной методикой является ретроградная электрогидравлическая или лазерная литотрипсия с использованием системы “материнского и дочернего” эндоскопов [39].

В настоящее время ЭПСТ служит методом выбора в лечении резидуального холедохолитиаза [44]. Помимо ЭПСТ, существуют методы эндоскопического удаления камней через оставленную дренажную трубку или через желчную fistулу путем ее бужирования. Большинство авторов для этих целей предпочитают отдавать Т-образному дренажу с достаточно большим диаметром трубки [14, 49]. Абсолютным показанием к ЭПСТ, по мнению большинства авторов, является вколоченный камень [3, 18]. Это признается и хирургами, которые сдержанно относятся к разрушению сфинктерного аппарата БСДК [11, 13]. Вколоченный камень — частая причина острого билиарного панкреатита. У таких больных ЭПСТ является патогенетическим методом лечения, с помощью которого устраняют гипертензию в желчных и панкреатических протоках [3, 17, 42].

Доброкачественный стеноз фатерова сосочка диагностируется, по данным различных авторов, в 5–30% случаях всех доброкачественных заболеваний желчевыводящих путей [7, 23]. ЭПСТ показана для ликвидации непроходимости ОЖП при данной патологии и также является методом выбора. Эффективна ЭПСТ при остром холанги-

те [23, 44]. У пациентов пожилого возраста с высокой степенью риска операции ЭПСТ также предпочтительна по сравнению с лапароскопической операцией. Р.А. Нихинсон и др. высказывают мнение, что у таких пациентов ЛХЭ может вообще не выполняться [16]. Ряд авторов рекомендуют ЭПСТ перед ЛХЭ практически всем больным с холедохолитиазом [12, 48]. В публикациях последних лет прослеживается стремление многих авторов максимально снизить частоту применения ЭПСТ у лиц молодого возраста, без желтухи, с бессимптомным холедохолитиазом, а также у больных с невысоким и средним риском операции, расширяя показания к использованию лапароскопической холедохолитотомии [11, 13, 14, 48]. По мнению авторов, такой подход позволяет сохранить у большинства пациентов сфинктерный аппарат БСДК и избежать таких негативных сторон двухэтапной тактики, как трудности удаления крупных и множественных конкрементов, длительное пребывание больного в стационаре, суммирование возможных осложнений после ЭПСТ и ЛХЭ, радиационная нагрузка на больного и эндоскописта; относительно высокая стоимость лечения.

Противопоказания к ЭПСТ подразделяются на общие и местные. Среди общих противопоказаний выделяют выраженные нарушения свертываемости крови, острый панкреатит небилиарной этиологии, острую коронарную и легочно-сердечную недостаточность, тяжелые соматические заболевания. К местным противопоказаниям относятся протяженный (более 2–2,5 см) тубулярный стеноз дистального отдела холедоха, крупные (более 2 см) камни в ОЖП, сопутствующие поражения проксимальных отделов холедоха, расположение БСДК в дивертикуле, выраженный дуоденостаз [18]. Большинство из перечисленных противопоказаний можно считать относительными, так, например, крупные камни в ходе ЭПСТ можно фрагментировать различными видами литотрипсии. Поэтому большинство авторов справедливо считают, что определять показания и противопоказания необходимо строго индивидуально [4, 19, 26, 44].

В настоящее время нет единства взглядов на показания и противопоказания к выполнению ЭПСТ у больных с парафатеральными дивертикулами (ПФД). При ПФД имеются трудности при канюляции устья БСДК вследствие нарушения нормального топографического взаимоотношения близлежащих анатомических структур. Существует большая опасность развития панкреатита и перфорации задней стенки двенадцатиперстной кишки. Учитывая эти особенности, некоторые авторы считают наличие ПФД противопоказанием к ЭПСТ [21]. Наиболее широкое распространение в настоящее время в определении показаний получил дифференцированный подход, и все больше появляется сообщений об успешном выполнении ЭПСТ при ПФД [15, 22].

Варианты проведения ЭПСТ достаточно разнообразны и подробно описаны в различных руководствах. На сегодняшний день к основным способам относится канюляционный, или “атипичный”, способ с использованием струнных

папиллотомов типа Классена–Демлинга, “атипичный”, или неканюляционный, способ игольчатый папиллотомом и способ супрапапиллярной холедоходуоденостомии (прожигание “крыши” сосочка) [18]. Постоянно предлагаются новые методы выполнения ЭПСТ или новые конструкции папиллотомов [3, 31, 37, 47].

При канюляционном способе ЭПСТ папиллотом вводят в устье БСДК, после этого, натягивая струну, постепенно или одним движением рассекают сфинктер БСДК. Неканюляционный, или “атипичный”, способ осуществляется игольчатым, или торцевым, электродом, в котором режущая часть выдвигается с торца катетера в виде выступающей иглы. Этот способ используется в основном при ущемленном камне БСДК, когда канюляция невозможна. Разрез производят на камне в направлении от устья сосочка вверх. Дополнительно можно осуществлять досечение сфинктера струнным папиллотомом (смешанный способ).

При стенозах БСДК и фиксированных выше устья конкрементах, когда канюляция невозможна, как разновидность ЭПСТ используется метод супрапапиллярной холедохостомии. Суть ее заключается в том, что игольчатым электродом прожигают “крышу” сосочка. При необходимости разрез увеличивают струнным способом. ЭПСТ можно выполнять также путем антеградного введения папиллотома через холедоходуоденальный анастомоз, через дренажи Кера, Керте, Пиковского–Холстеда, наружные желчные свищи [18, 23].

Несмотря на существование высокоэффективных методов дооперационной диагностики, решение о необходимости коррекции нарушенного желчеоттока достаточно часто принимают лишь во время оперативного вмешательства. При рутинной интраоперационной диагностической оценке состояния желчевыводящих путей холедохолитиаз дополнительно выявляется в 3,4 – 9,7% наблюдений [19, 27], структура терминального отдела холедоха – в 2,5 – 6,5% [14, 32, 33]. Лечебная тактика при нарушениях желчеоттока и холедохолитиазе, обнаруженных во время холецистэктомии, в литературе обсуждается часто. Многие специалисты придерживаются традиционной двухэтапной тактики, вторым этапом которой является выполнение ЭПСТ в послеоперационном периоде [14, 28]. Другие авторы предлагают устранять нарушения желчеоттока одновременно во время операции, отдавая предпочтение лапароскопической холедохотомии [11, 13, 32]. При наличии патологии в терминальном отделе холедоха (стеноз, фиксированный камень) встает вопрос о конверсии лапароскопической операции в лапаротомную для оперативного вмешательства на БСДК [12, 26, 32]. Все эти аспекты привели к логическому решению использовать ЭПСТ во время операции, а в дальнейшем разработать одноэтапную схему лечения больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и/или стенозом БСДК [31, 47].

В настоящее время в литературе описаны 2 способа интраоперационной ЭПСТ – ретроградный и антеградный [20, 31, 47]. При ретроградном способе ЭПСТ выполняют по стандарт-

ной методике путем канюляционного введения струнного папиллотомы в устье БСДК с последующим рассечением. Методика интраоперационной антеградной папиллосфинктеротомии (АПСТ) [20] подразумевает проведение через пузырный проток струнного папиллотомы в антеградном направлении. Преимуществами интраоперационных методов ЭПСТ являются возможность выполнения одноэтапного лечения, сокращение сроков пребывания больных в стационаре, уменьшение затрат на лечение без снижения его эффективности [47].

Несмотря на быстрое развитие и высокую эффективность эндоскопических методов коррекции желчеоттока при ЖКБ, универсальных вариантов проведения ЭПСТ в настоящее время нет, а сам метод не лишен недостатков. Частота использования того или иного способа ЭПСТ во многом зависит от оснащенности клиники и квалификации врача. По данным литературы, частота неудач колеблется от 4 до 18% [9, 18]. К причинам неудач относятся грубые деформации двенадцатиперстной кишки, выраженный стеноз БСДК, состояния после резекции желудка по Бильрот II, а также резекция желудка с гастроэнтероанастомозом по Ру. Относительно частой технической проблемой является наличие парафатеральных дивертикулов. Однако все эти причины относительны, и подходы, по мнению большинства авторов, должны быть индивидуальны [6, 15]. В последующем, благодаря совершенствованию методики, эффективность ЭПСТ возросла до 94–98% [3, 15, 41]. В последнее время все чаще появляются сообщения об успешном выполнении ЭПСТ у больных с гастроэнтероанастомозом по Ру после резекции желудка. Так, R.Hentze, W. Veltzke сообщили, что ЭПСТ успешно произведена у 92% больных с резекцией желудка по Бильрот II и у 33% – с анастомозом по Ру с помощью S-образной папиллотомы [34]. M.Kim, M.Lee провели сравнительный анализ применения фиброскопов с торцевой и боковой оптикой при резецированном желудке по Бильрот II, рекомендуя для этой цели фиброскопы с торцевой оптикой. Эффективность применения эндоскопа с боковой оптикой составляла 68%, а при использовании эндоскопа с торцевой оптикой – 87% [36].

Большинство опубликованных работ свидетельствует о том, что общее количество ранних осложнений ЭПСТ составляет 10%, а может достигать и 28% [2, 24, 29, 30], при этом в 1–3% случаев приходится прибегать к операции [38]. К осложнениям ЭПСТ относятся острый панкреатит, перфорация задней стенки двенадцатиперстной кишки и ОЖП, кровотечения из места разреза, острый холангит.

Одним из наиболее тяжелых осложнений является острый панкреатит. Частота его возникновения составляет 1–5% [38], а порой, по некоторым оценкам, достигает 20% [30]. Существуют различные оценки проявления панкреатита как осложнения после ЭПСТ. На основе обследования большой группы больных, перенесших эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию и ЭПСТ, было отмечено [2], что един-

ственным проявлением панкреатита может быть бессимптомная гиперамилазурия. Мерами профилактики панкреатита являются тщательное соблюдение методики выполнения ЭПСТ, строгий учет факторов риска, дифференцированный подход к выбору способов ЭПСТ в каждом конкретном случае, применение медикаментозных средств после таких процедур. Для уменьшения опасности развития панкреатита В.К. Гостищев и др. [10] предлагают рассечение сфинктера БСДК по предварительно установленному назобилиарному катетеру. С целью уменьшения травматичности разработана методика эндоскопической папиллотиомии (ЭПМТ) для лечения больных с мелкими конкрементами – до 0,5 см [8]. Согласно этой методике, торцевым электродом рассекают слизистую двенадцатиперстной кишки и сфинктер, но слизистую оболочку ампулы сосочка и терминальный отдел холедоха сохраняют целостными.

Частота перфорации задней стенки двенадцатиперстной кишки и ОЖП при ЭПСТ колеблется от 1 до 1,3%, из них у 16% больных заканчивается летальным исходом [3, 18, 28]. В качестве меры профилактики предлагают порционное рассечение сфинктера и ориентировку на поперечную складку БСДК. Продолжение разреза за поперечную складку чревато развитием данного осложнения.

Кровотечения из рассеченного сосочка наблюдаются в 2–11% и их, как правило, останавливают консервативно [3, 48]. Оперативное лечение кровотечений при неэффективности других методов применяется редко: в 0,5–1,5% [3]. Летальные исходы наблюдаются лишь в единичных случаях.

Острый холангит после ЭПСТ встречается в 0,5–1,5% случаев [2, 18]. Если эндоскопическое вмешательство не устраняет обструкцию, риск развития холангита и холангиогенного сепсиса резко увеличивается [2]. К числу редких осложнений относятся острый холецистит и вклинивание корзинки Dormia вместе с удаляемым камнем в устье БСДК [14, 25]. Общая летальность после ЭПСТ составляет 0,3–1% [30].

Достаточно противоречивыми являются сообщения об отдаленных результатах ЭПСТ. Рецидивный холедохолитиаз, рестеноз БСДК, хронический холангит, холецистит, печеночная колика, развиваются у 5,2–24% пациентов [38, 43]. Ряд авторов считают риск осложнений в отдаленном периоде после ЭПСТ несколько преувеличенным, их можно успешно устранять путем повторного использования эндоскопических методов [18, 24, 45].

Исходя из опыта применения ЭПСТ в сочетании с традиционной холецистэктомией, Heinerman P.M. [33] считает, что при камнях холедоха ЭПСТ до холецистэктомии уменьшает осложнения с 22% (только хирургическое лечение) до 2% (комбинированный подход), а летальность – с 4 до 1%. В исследовании Neoptolemos et al. [41], напротив, показано, что предоперационная ЭПСТ увеличивает общее количество осложнений, которых можно было бы избежать при традиционном подходе. Таким образом, однозначного мнения по поводу выбора того или

иного способа проведения ПСТ не существует, а сравнительные результаты ТПСТ и ЭПСТ достаточно противоречивы [11, 13, 14, 26, 41, 44].

В настоящее время используется и другой метод эндоскопической коррекции желчеоттока – эндоскопическая баллонная папиллодилатация (ЭБПД). Впервые она была применена М. Staritz [46] как альтернатива ЭПСТ с целью сохранения сфинктерного аппарата БСДК, однако и здесь нет единого мнения [25]. Отмечается преимущество ЭБПД перед ЭПСТ у больных с циррозом печени и выраженных коагулопатиях. В связи с небольшим сроком применения ЭБПД в настоящее время нет достаточно достоверных данных об ее отдаленных исходах и нет сравнительных результатов о частоте ретензиов после ЭБПД также в отдаленном периоде.

ВЫВОДЫ

1. Эндоскопические методы коррекции желчеоттока при лечении осложненных форм ЖКБ являются эффективными и малотравматичными вмешательствами на большом соске двенадцатиперстной кишки.

2. Тактика лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и стриктурой большого соска двенадцатиперстной кишки, окончательно не определена и требует дальнейшей разработки.

3. Наличие серьезных осложнений после эндоскопических и хирургических вмешательств на большом соске двенадцатиперстной кишки определяет актуальность разработки и совершенствования новых методов их профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.А., Наржанов Б.А. и др. // Эндоскоп. хир. – 1996. – № 3. – С. 22–23.
2. Артемьева Н.Н., Пузань М.В. // Вестн. хир. – 1996. – № 6. – С. 72–75.
3. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. – М., 1996.
4. Балалыкин А.С., Ташкинов Н.В. и др. // Хирургия. – 1984. – № 7. – С. 30–35.
5. Благовидов А. А., Данилов М. и др. // Хирургия. – 1976. – №5. – С. 98–103.
6. Брискин Б.С., Титова Г.П. и др. // Эндоскоп. хир. – 2002. – № 6. – С. 40–44.
7. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочиашвили В.И. Непроходимость желчных путей. – М., 1977.
8. Волков С.В., Синев Ю.В. // Вестн. хир. – 1988. – № 1. – С. 10–15.
9. Галлингер Ю.Г., Хрусталева М.В. Эндоскопическая ретроградная механическая литотрипсия при холедохолитиазе (Методическое пособие.) – М., 2001.
10. Гостищев В.К., Меграбян Р.А., Мисник В.И. // Анн. хир. гепатол. – 1996. – Том 16. – Приложение. – С. 82.
11. Егиев В.Н., Валетов А. И. и др. // Эндоскоп. хир. – 2000. – № 6. – С. 13–15.
12. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш. и др. II Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – Сб. тез. под ред. проф. Ю.И. Галлингера. – М., 1997. – С. 44–46.
13. Кригер А.Г., Андрейцев И.Л. и др. II Московский международный конгресс по эндоскопичес-

кой хирургии. – Сб. тез. под ред. проф. Ю.И. Галлингера. – М., 1997. – С. 56–57.

14. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз. – СПб, 2000.
15. Марийко В.А., Севастьянов Н.П., Глотова Е.А. // Анн. хир. гепатол. – 1996. – Том 1. – Приложение. – С. 99–100.
16. Нихинсон М.Е., Чихачев А.М., Акимов В.В. // Вестн. хир. – 1992. – № 3. – С. 272–276.
17. Редькин А.Н., Филиппова Л.А., Иваненков А.В. // Эндоскоп. хир. – 2001. – №4. – С. 39–42.
18. Савельев В.С., Исаков Ю.Ф., Лопаткин Н.А. и др.: Руководство по клинической эндоскопии. – М., 1985.
19. Семенов Д. Ю. Эндовидеохирургия в комплексном лечении желчнокаменной болезни: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб, 1996.
20. Старков Ю.Г., Стрекаловский В.П. и др. // Эндоскоп. хир. – 2001. – №1. – С. 34–36.
21. Ташкинов Н.В. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия в лечении холедохолитиаза и стеноза большого дуоденального соска: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М. 1982.
22. Толстой А.Д., Бруек А.М., Кушнирская Ф.Г. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при осложненных парапапиллярных дивертикулах: Методические рекомендации. – СПб, 1997.
23. Шалимов А.А. Шалимов С.А. и др. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – Киев, 1993.
24. Шаповальянц С.Г. Дискуссионные вопросы в диагностике и лечении билиарной патологии. Сборник статей научно-практической конференции к 95-летию В.С. Маята. – М., 1996. – С. 68–73.
25. Шаповальянц С.Г., Федоров Е.Д. и др. // Эндоскоп. хир. – 2001. – № 4. – С. 48–55.
26. Caballero M.A.C. // Revista Esp. De Enstrmed. Digestiv. – 1998. – Vol. 14. –P. 413–416.
27. Carlson M.A., Wilson S.D. et al.//J. Laparoendosc. Surg. – 1993. – Vol. 3. – P. 27–33.
28. Chung S.C.S., Leung J.W.C., Li A.K.C. // Brit. J. Surg. – 1990. – Vol. 77. P.534–535.
29. Classen M., Demling L. // Dtsch. med. Wochenschr. – 1974. – Bd. 99. – S. 496–497.
30. Cotton P.B., Lehman G. et al. // Gastrointest. Endosc. – 1991. – Vol. 37. – P. 383–393.
31. De Paula A.L., Machado M.M. et al. // Surg. Laparosc. Endosc. – 1993. – Vol. 3. – P. 157–160.
32. Gigot J.F., Kestens P.J. et al // Surg. Endosc. – 1997. – Vol. 24. – P. 19–20.
33. Heinerman P.M., Pimpi W., Boekl O. // Ann. Surg. – 1989. – Vol. 40. – P. 221–222.
34. Hintze R.E., Veltzke W. et al. // Endoscopy. – 1997. Feb: 29(2). – P. 74–78.
35. Kawai K., Akasaka Y., Murakami K. et al. // Gastrointestinal Endoscopy. – 1974. – Vol. 20. – P. 148–151.
36. Kim M.H., Lee S.K., Lee M.H., Myong S.J. // Endoscopy. –1997. –Feb: 29 (2). – P. 82–85.
37. Kochler A., Maier M. et al. // Endoscopy. – 1998. –Vol. 30. – P. 351–355.
38. Kullman E., Borch K., Liedberg G.// Acta Chir. Scand. – 1988. – Vol. 155. – P. 395–399.
39. Leung J. W.C., Chung S.C.C. // Br. med. J. – 1989. – Vol.299. – P.595–599.
40. Graham S.M., Flowers J.L. et al. // Ann. Surg. – 1993. –Vol. 218. – P. 61–67.
41. Neoptolemos J.P., Shaw D.E., Carr-Locke D.L. // Ann. Surg. – 1989. –Vol. 209. –P. 267–272.
42. Nowak A., Marek T.A. et al. // Endoscopy. – 1998. –Vol. 30. P. 256–259.

43. Pereira-Lima J.C., Jacobs R. et al. // *Gastrointest. Endosc.* –1998. – Vol. 48. – P. 457–464.

44. Perissat J., Neoptolemos J.P. et al. // *Br. J. Surg.* – 1994. –Vol. 81. –P. 799–810.

45. Sandshin W., Born P. et al. // *Endoscopy.* – 1996. – Vol. 8. – P. 53.

46. Staritz M., Ewe K., Meyer zum Buschenfelde K.H. // *Endoscopy.* –1983. – Vol. 15. – P. 197–198.

47. Toouli J. // *Chirurgia international.* –1998. – Vol.5. – P. 6–8.

48. Trias M., Targarona E.M., Ros E. et al. // *Surg. Endosc.* – 1997. –Vol. 24. – P. 632–635.

49. Tritapepe R., di Padova C., di Padova F. // *Br. J. Surg.* – 1988. –Vol. 75. –P. 144–146.

Поступила 24.08.03.

УДК 616. 72 — 002. 77 : 615. 811. 2 : [612. 135 + 616. 16 — 005. 6

О ГИРУДОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

И.Г.Салихов, С.А.Лапина

Кафедра госпитальной терапии (зав. – проф. И.Г.Салихов) Казанского государственного медицинского университета

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое системное заболевание соединительной ткани с прогрессирующим поражением преимущественно периферических синовиальных суставов по типу симметричного прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита [23]. Среди взрослого населения частота РА, по данным различных авторов, составляет в среднем 0,6 — 1,3%, при этом женщины болеют в 3 раза чаще мужчин. Агрессивность течения РА, поражающего лиц в основном молодого возраста вплоть до инвалидизации, неуточненность его этиологии обуславливают высокую актуальность поиска новых методов патогенетической терапии РА.

На современном этапе патогенетические механизмы развития РА складываются из многочисленных взаимодополняющих факторов и прежде всего обусловлены воспалительным и иммунным компонентами. Большая роль, кроме того, принадлежит нарушениям микроциркуляции, что подтверждается литературными данными [1, 4, 6, 11, 12, 13, 22, 33]. Микроциркуляторное русло фактически является органом-мишенью, где происходит контакт с повреждающим агентом и реализуются воспалительные, метаболические и иммунные механизмы развития патологического процесса [4, 6].

Несмотря на комплексность подходов к коррекции расстройств у больных РА, основным методом лечения выступает медикаментозное. С учетом достаточно большого объема терапевтической “агрессии” неизбежны побочные эффекты, их суммация, осложнения, формирование резистентности к препаратам, а также возрастание стоимости лечения [6, 20].

Возможности применения гирудотерапии рассматриваются в связи с воздействием данного метода на многие звенья патогенеза РА, прежде всего на систему гемостаза и микроциркуляции и, кроме того, практическим отсутствием побочных эффектов, осложнений и противопоказаний. По своему эффекту гирудотерапия сходна с

действием препаратов химиотерапии, но имеет перед ней явные и неопределимые преимущества. Прежде всего пиявки (*Hirudo medicinalis*) – это естественное, природное средство. Их действие почти лишено отрицательных побочных реакций, присущих химическим препаратам, поскольку оказывает лечебный эффект с помощью биологически активных субстанций естественного происхождения, которые способны гармонизировать терапевтические результаты, не вызывая в организме привыкания или зависимости [15]. При укусе пиявка формирует кожно-капиллярный шунт, благодаря гиалуронидазной активности, доставляя ферменты непосредственно в очаг заболевания, обеспечивая встречу действующего начала с органом-мишенью, что и характеризует территориальность ее эффекта [14, 15]. Лечебное действие пиявок определяется свойствами секрета слюнных желез, который блокирует образование гемостатического тромба в месте повреждения сосудистой стенки, реализуя оптимальные механизмы ингибирования тромбоцитарно-сосудистого и плазменного звеньев гемостаза человека и животных.

К настоящему времени установлено, что в секрете слюнных желез медицинской пиявки, кроме гирудина, ингибитора фермента тромбина, содержится ряд других биологически активных соединений: ингибиторы трипсина и плазмина (бделлины), ингибиторы α-химотрипсина, химазина, субтилизина и нейтральных протеаз гранулоцитов — эластазы и катепсина G (эглины), ингибитор фактора Ха свертывания крови, ингибитор фактора активации тромбоцитов и ингибитор калликрейна плазмы крови; калин (ингибитор коллаген-индуцированной агрегации тромбоцитов); высокоспецифические ферменты — гиалуронидаза (эндо-β-глюкуронидаза), дестабилаза, апираза, коллагеназа, триглицеридаза и холестеринэстераза, а также ряд соединений еще неизученной природы, например соединения, оказывающие действие, подобное простацикли-